

ADHDの認識と通常学級における在籍の可能性について

－ 誤解のまえに理解を －

中 寫 淳 子・小 野 次 朗

(海南市立第二中学校) (和歌山大学障害児教育学教室)

Awareness of ADHD and The Possibility of The Existence in The Regular Classrooms
- An Understanding Prior To Misconception -

Junko NAKASHIMA and Jiro ONO

2002年10月11日受理

要 旨

小学校ならびに、中学校の担任教師にアンケート調査を行ない、注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ; 以下ADHDと略す) に対する認識ならびにADHDを有する児童・生徒が通常学級に在籍する可能性について検討した。教師にアメリカ精神医学会が発行する精神疾患の診断・統計マニュアル第四版 (DSM- IV) について解説し、担任する子どもたちに関してADHDの疑いの有無について判定を依頼した。小学生では2,014人の児童のうち62人 (3.1%) でADHDが疑われた。このうち男児55人、女児7人で圧倒的に男児が多かった。中学生では1,253人の生徒のうち30人 (2.4%) でADHDが疑われた。このうち男児22人、女児8人であり、小学生に比べ男女の差は減少していた。これらの結果はこれまでADHDについて報告された結果と合致するものであり、今回の調査の妥当性を示すと考えられた。これらの児童・生徒の中でADHDの診断を医療機関において受けていると担任に報告があったのは、小学生の5人だけであった。このようにADHDが疑われる子どもの数と実際に学校側で把握している子どもの数には約20倍の開きがある。今後、ADHDに対する教師の理解・啓発も含め、教育現場に与えられた課題であると考えられた。

はじめに

2001年に文部科学省より出された「21世紀における特殊教育の在り方について (最終報告)」の中に、特別な教育的支援を必要とする児童・生徒への対応があげられている。この特別支援教育の対象の中に、近年注目を浴びてきている注意欠陥多動性障害 (以下ADHDと略す) がある。ADHD

は集中力、注意力、衝動性、多動性を自分でコントロールできない中枢神経の機能的障害に起因するといわれている。ADHDと診断されている子どもたちによくみられる状態は、じっとしてられない、指示に従えない、おしゃべりで人の話を聞かない、うわのそらでボーっとしている、忘れ物が多い、順番が待てない、考えずに行動するなどがあげられる。これらは成長に応じていずれおさまる一時的な状態ではなく、手がかかるけれど子どもとして正常な範囲内、というわけでもない。ましてやしつけや監督上の問題など子育ての失敗によるものでもない。ADHDの子どもは、一見正常に見えるため、特別な教育的配慮が施されていないことが一般的である。

ADHDは最近知られるようになった症候群ではない。初めて学会で取り上げられたのは1902年のことで、イギリスの医師フレデリック・スティルが「異常な精神状態」の子どもを取り上げ「道徳的抑制の欠如」という見解を示した¹⁾。1960年代になるまでは微細脳損傷とよばれていたが、脳を調べても損傷が見つからないため、1960年代に入り微細脳機能障害(MBD)という名称に変更された。1970年代ごろから症状のなかでも多動という要素が特に注目されるようになり、この障害をもつ子どもたちは「多動児」と呼ばれるようになり、障害そのものも「多動症候群」という名で呼ばれるようになった。1980年代には中心的症状は多動よりむしろ不注意の方ではないかと考えられるようになり、それを反映して精神疾患に関する診断と統計マニュアル第3版(DSM-Ⅲ)において注意欠陥障害(ADD)という名称が一般的になった²⁾。1988年、またしても名称が変更された。不注意、衝動性、多動性のすべてが同じように核となる特徴と考えられるようになったため、DSM-Ⅲ-Rにおいて注意欠陥多動性障害(ADHD)と呼ばれるようになった³⁾。1994年に発表されたDSM-Ⅳでは、ADHDを不注意優勢型、多動性－衝動性優勢型、および両者の特徴をもつ混合型に分類している⁴⁾。このように診断名や診断基準の変遷を見ると、研究と理解の歴史がそのまま反映されているのがわかる。

近年、日本ではADHDについての関心が高まり、新聞、テレビなどのマスメディアで、書物で、研修会・講演会などで取り上げられるようになった。また、支援機関として親の会が全国に広がりつつある。ADHD児が全児童の3～5%在籍しているというアメリカでの数字が日本でも同様に現れるのならば⁵⁾、教育現場である小、中学校ではどのような認識をもち、どのようなニーズをもちながら対応しているのか、ということを調査する必要があると考えた。

対象および方法

和歌山県A市内の小学校9校、中学校6校における担任教師159人へ質問紙によるアンケート調査を行なった。内容はADHDについての認識の程度を問う質問、ADHDの子どもが在籍するとした場合についての取り組みに関する質問、さらにはDSM-Ⅳが呈示するADHDの診断基準について解説し、担任する子どもたちの中にADHDが疑われる子どもが何人在籍するかを問う質問であった。質問したアンケートの内容については結果の項でそれぞれ示す。

結 果

回収率は約86.2%で分析対象は小学校92人、中学校45人で計137人であった。

質問①. 注意欠陥多動性障害（ADHD）という言葉を知ったことがありますか。

「ある」と答えたのは137人中129人で94.2%、「ない」は8人で5.8%であった。

質問②. どういう障害であるか知っていますか。

「詳しく知っている」は2人で、「知っている・少し知っている」も合わせると97人（70.8%）になる。しかし、「言葉だけ知っている」22人と質問①の「聞いたことがない」の8人を合わせると30人（21.9%）となる。無回答が10人（7.3%）であった。

質問③. どこで知りましたか。（複数回答可）

「テレビ・新聞等のマスメディア」が一番多く34人。次に「学習会・講演会・研修会」が29人。その次には「書籍・教育雑誌」が24人となっている。「学年会・現職教育等で話し合っている」のが8人。「ADHDと診断された子どもの保護者がその障害について学校や担任に説明していた」のは3人。「その他」として「インターネットより、家族から聞いた、大学の講義」などが7人であった。

質問④. 学級でADHDと診断され治療を受けている子どもはいますか。

質問⑤. それはどういう経緯でしたか。現在、保護者とどのように取り組んでいますか。

小学生2,014人中5人がADHDと診断され治療を受けており、中学生は1,253人中診断されている生徒はいなかった。小学生5人はいずれも男児で、1年生1人、2年生2人、3年生1人、4年生1人であった。5人とも保護者が決断して受診している。どの担任も連絡帳・手紙・電話・面談等で家庭との連絡を密にして取り組んでおり、学校と家庭でよいところをほめて励ましていこうという方針であった。

質問⑥. 自分の学級にアメリカ精神医学会の診断・統計マニュアル第四版（DSM- IV）の判断基準にあてはまる子どもは何人いますか。

小学校においてADHDが疑われる児童数は、2,014人を対象に調査を行なったところ、不注意優勢型28人（1.4%）、多動性－衝動性優勢型15人（0.7%）、混合型19人（0.9%）となり、これらを合わせると62人となり全体の3.1%になる（表1）。

表 1

	対象	不注意優勢型	多動性-衝動性優勢型	混合型
1年生	335	10	7	5
2年生	280	2	0	3
3年生	370	7	3	7
4年生	343	3	2	2
5年生	336	2	0	1
6年生	350	4	3	1
計	2,014	28(1.4%)	15(0.7%)	19(0.9%)

中学校においてADHDが疑われる生徒数は、1,253人を対象に行ったところ、不注意優勢型14人（1.1%）、多動性-衝動性優勢型3人（0.2%）、混合型13人（1.0%）となり、これらを合わせると30人となり全体の2.4%になる（表2）。

表 2

	対象	不注意優勢型	多動性-衝動性優勢型	混合型
1年生	423	5	0	1
2年生	431	6	2	8
3年生	399	3	1	4
計	1,253	14(1.1%)	3(0.2%)	13(1.0%)

不注意優勢型が小学生は28人（1.4%）、中学生14人（1.1%）で、混合型は小学生19人（0.9%）、中学生13人（1.0%）とほぼ同じような比率であるのに対して、多動性-衝動性優勢型は小学生15人（0.7%）、中学生3人（0.2%）と年齢が上がると減少している（表1、表2）。

小学生62人を対象とした男女別結果によると62人中、男児は55人、女児は7人であった（表3）。中学生30人を対象とした男女別結果によると30人中、男児は22人、女児は8人であった（表4）。小、中学生を合わせると92人中、男児77人、女児15人となり、男児は女児の約5倍になっている。

表 3

	男子			女子		
	不注意優勢型	多動性-衝動性優勢型	混合型	不注意優勢型	多動性-衝動性優勢型	混合型
1年生	10	7	5	0	0	0
2年生	1	0	0	1	0	3
3年生	6	3	6	1	0	1
4年生	3	2	2	0	0	0
5年生	2	0	0	0	0	1
6年生	4	3	1	0	0	0
計	26	15	14	2	0	5
合計	55			7		

表 4

	男子			女子		
	不注意優勢型	多動性・衝動性優勢型	混合型	不注意優勢型	多動性・衝動性優勢型	混合型
1年生	4	0	1	1	0	0
2年生	6	2	2	0	0	6
3年生	2	1	4	1	0	0
計	12	3	7	2	0	6
合計	22			8		

質問⑦. 自分のクラスに⑥に該当する子どもがいる人は、今どのように取り組んでいますか。また、今後どのようにしていきたいですか。(複数回答可)

a「ADHDの診断を受けるように勧めたい」は47人中2人で、b「勧めたいがなかなか言い出しにくい」7人となっていた。多いのはc「特別な配慮をしながら、家庭と連絡を密にする」16人やd「学年会、部会、職員会議等を通して学校全体で相談していきたい」17人であった。eその他として、「軽度なので学級指導の中でなんとかやっている」「毎日の生活の中で注意を与え、徐々に自分で注意できるように励ましていきたい」「あまり目立って周りに影響がないから長い目で成長するのを待つ」「児童相談所の指導を仰いでいる」などがあつた。

質問⑧. ⑦でcやdの具体的な取り組みがあれば書いてください。

小学校低学年の場合、授業中は本人の理解に応じた問題を中心に組みませ、できたところをはめる指導を心がけたり、算数・国語はクラスを半分に分けて少人数で授業をしたり、TT（チーム・ティーチング）を取り入れているところもある。そしてなるべく日頃の声かけを多めにしたり、保護者と連絡帳のやりとりを多くしている。放課後に個別指導をしている担任も少なくない。高学年になってもやはり家庭との連絡は密にしているのは同じで、専科の先生に教えてもらう教科も出てくるので、職員全体の共通理解をはかるようにしている。中学校になると生活習慣が乱れてくるのがよくあるので、家庭との連絡を一層取り合い、他学年の教師や教科担当者に状況を知らせ、配慮を頼むとともに報告会を頻繁にもっている。しかし、中には反抗挑戦性障害に似たような状況になっている場合もあり、校内だけでは対処しきれず児童相談所で指導を受けている事例もあつた。

質問⑨. 今後、このような特別な教育的支援を必要とする子どもたちのためにどのような対策を望みますか。(複数回答可)

学級定員や担当教員の数に関するものが一番多く、23人であった。個別に対応しながら学級全体を動かすのに限界を感じることもあり、複数で指導できるようにTTや加配教員、フリーの教員、複数担任制の希望があつた。また、目が行き届きやすいように30人学級、25人学級実現への強い要望も多かった。教師の力量を高めるための研修などに関するものは18人

で、教師が特別な教育的支援を必要とする子どもたちについて詳しく知り、理解するために研修会・学習会の機会の要望が多くあった。また、「ケース研究」(ちょっとした配慮や指導のコツのようなもの)を知りたいという即戦的なものを要求しているものもあった。そしてこういう子どもたちに対するカウンセリング的な方法や医療機関での診断方法を知りたいという教師もいた。医療機関や専門機関などに関するものは11人で、担任や保護者が気軽に相談できるような専門の支援機関の設置を早急に望む声が多く、正しい診断と医学的なサポートを望んでいる。各校への専門家の配置に関するものは10人で、担当教員(専門的なことを身につけている教員)の各学校への配置やスクールカウンセラーの配置、派遣を望む声が非常に多かった。その他として、ADHDの子どもの保護者だけでなく広く他の保護者への啓発の必要性を感じていた。大学の教員養成課程の中に障害児教育学を必修にしていなくては、という意見もあった。障害児学級の対象にならない学習障害やADHDの子どもの症状が重度の場合、アメリカのリソースルームのような学級を望む声や、現在和歌山県では「ことばの教室」と呼ばれている言語障害通級指導教室をもっと多様なニーズに応えられるようにして欲しいという要望もあった。

考 察

今回のアンケート調査によるとA市の多くの担任はADHDについての何らかの知識を得ている。それはテレビの特集番組や新聞などに連載で取り上げられているように、マスメディアの影響が大きいようである。さらにADHDに関する文献が急増し、研究会・講演会もさかに行われるようになってきている。そうして得た知識をお互いに学年会や現職教育の場で交流していることがうかがえる。また、保護者が子どもの障害について学校や担任に説明に行っている、ということは注目すべきことである。

ADHDと診断され治療を受けている子どもは、調査の時点(平成13年7月末)では小学生2,014人中5人であり、全体の0.2%である。いずれも保護者が受診を決意していた。これはADHDを有する子どもの子育ての困難さと保護者の意識の高さがうかがえるが、逆に学校側から指摘されなければ受診に至っていないケースがあったり、診断されていても保護者が学校に届けていないケースもあるのではないかと考えられる。

小学校の担任がアメリカ精神医学会が発行する精神疾患の診断・統計マニュアル第四版(DSM-IV)によりADHDであると考えた児童数は2,014人中、不注意優勢型28人、多動性－衝動性優勢型15人、混合型19人で合計すると62人となり全体の3.1%であった。中学校では1,253人中、不注意優勢型14人、多動性－衝動性優勢型3人、混合型13人で合計すると30人となり全体の2.4%であった。この数字は教師側から見たもので、ADHDの診断にはこれらの症状による障害が2つ以上の状況(例えば学校と家庭)において存在しなければならないので、実際にはもう少し低い数字である

かもしれない。しかしながら、アンケートでは症状が6つ以上ある場合、という条件にこだわり記入されているので、実際には症状が5つでもADHDである場合も考えられるので、今回の調査では、ADHDをかかえながらも疑いをもたれなかった児童・生徒が存在することも考えられる。アメリカのRobisonらのNational Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) からの調査によると、5歳から18歳の子どもでADHDと診断された人数は1990年で947,208人(1.1%)であり、1995年は2,357,833人(2.8%)に増えているという報告がある⁵⁾。また、American Psychiatric Association 2000の統計では学齢期の子どもたちの3～5%がADHDと診断されており⁶⁾、Wolraichらの報告によると小学生の5.3%にADHDの症状が見られたということである⁷⁾。さらに男児の方が女児の3～10倍の割合でADHDが発見されるとBarkleyは述べている⁸⁾。日本においては公立幼稚園・保育所に在籍している園児1,394人を対象に幼稚園担任教師、保育士への2段階の質問紙調査を行なっている。第1段階は多動傾向と考えられる園児の抽出を行なったところ、115人で全体の8.2%であった。第二段階はDSM-IVの診断基準を用いている。ここでADHDの診断基準に該当したADHD傾向児は36人で3.0%であった⁹⁾。今回のA市におけるアンケート調査の結果はこれらの報告に近い結果と考えられる。

教師側から見てADHDの症状をもっている子どもに対して、多くの教師は医療機関への受診を勧めたいがなかなか言い出しにくい、と答えている。それは保護者も教師と同じような問題意識を持っていないと受診に同意することが難しいためである。特別な教育的配慮をしながら家庭と連絡をとり、学年会や会議など全体場で検討しつつ試行錯誤しているのが現状である。この場合、担任や学年集団が変わったときに取り組み方が変わってくることがあり、それがかえって良い方に向く場合とそうでない場合とがある。「児童相談所の指導を仰いでいる」というものも1件あったが、こういう場合の方が客観的に一貫した指導を得られるのではないかと考えられる。

実際の授業において、担任は声かけを多くしたり、放課後に個別指導をしたりしている。また、TTを取り入れたり、算数・国語などに限りクラスを半分に分けて少人数で授業をしたりしている。これらのことから教育的配慮の中には、担任個人の努力にかかるものと学校全体の支援システムにかかわるものがある事がわかる。

ADHDの原因は脳の前頭葉のドーパミンの働きが年齢にあった発達をしないためであるともいわれている。従って詳細な調査を行なえば、小学校低学年さらには就学前の保育園、幼稚園でも気付かれる可能性が十分にある。保健所における健診結果あるいは保育園、幼稚園からの情報に耳を傾けながら、できるだけ早く気付く必要があると考えられる。

特別な教育的支援を必要とする児童・生徒へのこれからの対策として、第一に就学前の健診、保育園・幼稚園での早期発見が重要で、その時点で適切な指導があると、そのことにより保護者が徐々に障害について科学的な知識を得、障害を受け入れていけるようになる。そのことが子どもへの接し方を良い方に変えていくことになる。

第二に就学前と就学後の連携をしっかりしていく必要があると考える。就学後、担任は多様な

タイプの子供たちを把握し対応しなければならないが、決してひとりで抱え込んでしまうことのないよう、学校全体で共通理解をしていくことが大切である。そして、他の専門機関との連携を考えていく事が重要である。現在、A市では市民病院、児童相談所、大学病院などで指導が可能である。子どもをはさんで学校、家庭、専門機関との3つの連携がスムーズにできるようなシステム作りが必要であろう。つまり、特別なニーズの質とレベルの階層化とそれに基づく専門職の機能的システム・ネットワークを築くことが求められている。

第三は1日の大半を過ごす学校における指導体制についてである。多くの担任が25人学級や30人学級を希望しているように、40人は多すぎるように思われる。しかしながら、現状の体制をすぐに変えることは無理であるため、何らかの工夫が必要になってくる。県内には「ことばの教室」と呼ばれる通級指導教室が存在するが、言葉だけに限らず、ADHD児の指導にも手を差し伸べてもらいたい。言語障害あるいは情緒障害と重複している学習障害児の場合には、それぞれの通級による指導の場において、言語障害あるいは情緒障害についての必要な指導を受けることが可能になった。ADHDをもつ学習障害は「情緒の現れ方が必要以上に強く、著しく社会的な適応を欠いた場合」と定義される情緒障害とADHDの部分が重なっている¹⁰⁾。したがって、言葉の問題だけに限定せず、各学校の実態に応じた通級学級を設置すべきである。アメリカとあまり変わらない割合のADHDの子どもが存在するかもしれない日本において、アメリカのリソースルームのような形のクラスが必要となってくると考えられる。リソースルームとは、特別な教育的支援が必要な科目に限り、通常学級からリソースルームへ通う形態をとる教室のことである。通常学級に在籍するメリットが大きく、子どもの自信を失わせないことにもつながっている。ただし、リソースルームに一人の担任が最低必要であり、日本の状況でどのあたりまで可能か検討が必要である。

今回のアンケート調査で、小学校・中学校の担任教師のうち70.8%の人たちがADHDに関する知識を有していた。しかしながら、もしもADHDを疑う子どもがクラス内にいた場合、保護者に積極的にADHDの診断を受けるように勧めると答えたのは47人中わずかに2人(4.3%)であった。このことは、教師が保護者を十分に納得させるための知識を有していないこと、学校組織としての体制が定まっていないことを示していると考えられる。そのためにはあらゆる機会を通して管理職や一般教師への理解・啓発を促すことが大切である。今回の調査は教師に対してのみ行なったものではあったが、ADHDの疑いがある子どもの数については妥当な回答が得られたと考えられる。今後、このようなアンケート調査を通して、教師のADHDに対する理解・啓発を勧めていくこともひとつの方法であることが示唆された。

現在、通常学級に在籍する児童・生徒の中には、ADHD以外にも学習障害、高機能自閉症など軽度発達障害の子どもたちが含まれていることも指摘されている。このような特別なニーズをもつ子どもたちに広く視線を向けた取り組みがこれからますます必要になってくる、ということを忘れてはならない。特別なニーズ教育は障害児教育の枠内にとどまる概念ではなく、学校全体の理念と教育課程・方法にかかわる概念である。

引用文献

- 1) Hallowell EM and Raterly JJ(1994)DRIVEN TO DISTRACTION 訳：司馬理英子（1998）：へんてこな贈り物：インターメディカル
- 2) American Psychiatric Association(1980)Quick reference to the diagnostic criteria from DSM- III-Washington, D.C, American PsychiatricAssociation（高橋三郎、花田耕一、藤縄昭訳（1982）：DSM- III精神障害の分類と診断の手引：東京、医学書院
- 3) American Psychiatric Association（1987）Quick reference to the diagnostic criteria from DSM- III-R. Washington, D.C, American PsychiatricAssociation（高橋三郎、花田耕一、藤縄昭訳（1988）：DSM- III-R 精神障害の分類と診断の手引き：東京、医学書院
- 4) American Psychiatric Association(1994)Quick reference to the diagnostic criteria from DSM- IV Washington, D.C, American PsychiatricAssociation（高橋三郎、花田耕一、藤縄昭訳（1995）：DSM- IV精神障害の分類と診断の手引：東京、医学書院
- 5) Robison LM, Sclar DA, Skaer TL, Galin RS (1999) National Trends in the Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and School-age Children：1990-1995, Clinical Pediatrics, 38:209－217
- 6) American Psychiatric Association（2000）Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision: DSM- IV-TR (4th ed) Washington, DC:Author
- 7) Wolraich ML (1999) Attention-deficit hyperactivity disorder: The most studied yet most controversial diagnosis. Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews, 5 :163－168
- 8) Barkley RA (1998) Attention-deficit/hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed). New York, Guilford
- 9) 窪島務、葉翠芬（2001）就学前教育機関における多動児の実態、滋賀大学教育学部教育実践センター紀要 第9巻109～120
- 10) 山口薫（2000）学習障害・学習困難への教育的対応：文教資料協会